

THESE 246
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Tobie-J. NÉNOFF

Né à PHILIPPOPOLI, le 14 août 1886

DE LA
Résection Intestinale
DANS LES
Hernies gangrenées

Président : M. le Professeur QUÉNU

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

—
1912

1001

246

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Tobie-J. NÉNOFF

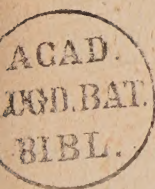
Né à PHILIPPOLI, le 14 août 1886

DE LA

Résection Intestinale

DANS LES

Hernies gangrenées



Président : M. le Professeur QUÉNU

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	(WIDAL
Pathologie chirurgicale	(TESSIER
Anatomie pathologique	X.
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	CHAUFFARD
Clinique, médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLEZ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	X.
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUILMAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTI-	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	NE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE •

Bien faible témoignage d'une très
grande affection et d'une pro-
fonde reconnaissance.

A MON FRÈRE L'AINÉ P.-T.-J. NÉNOFF

DOCTEUR ÈS-SCIENCES

A MES SŒURS

A MES AUTRES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DU COLLÈGE FRANÇAIS
ST-AUGUSTIN DE PHILIPPOPOLI

Respectueux hommages de reconnaissance pour l'heureuse direction
qu'ils ont su m'imprimer.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ERRATA

PAGE 12. — A la 21^e ligne, lire : *anse* gangrenée au lieu de anus gangrenée.

PAGE 14. — A la 25^e ligne, lire : *étranglées* au lieu de étranglése.

PAGE 15. — A la 29^e ligne, lire : page 185 au lieu de page 1.885.

A la 30^e ligne, lire : *Mikulicz* au lieu de Mikuliez.

PAGE 17. — A la 7^e ligne, lire : *d'étranglement* au lieu d'étranglements.

A la 26^e ligne, lire : Celles-ci ne sont *pas* immuables au lieu de : Celles-ci ne sont plus immuables.

PAGE 20. — A la 20^e ligne, lire : ou *un* tube au lieu de ou tube

PAGE 27. — A la 8^e ligne, lire : réunion *au* bouton au lieu de réunion du bouton.

PAGE 34. — A la 18^e ligne, lire : la nutrition *des* deux bouts au lieu de la nutrition de deux bouts.

A la 22^e ligne, lire : La suture *des* deux bouts au lieu de la suture de deux bouts

PAGE 35. — A la 14^e ligne, lire : pour la suture *des* deux bouts au lieu de pour la suture de deux bouts.

A la 17^e ligne, lire : circulation des matières au lieu de circulation des de matières.

PAGE 36. — A la 12^e ligne, lire : l'opération. » au lieu de l'opération.

A la 16^e ligne, lire : *Seen* au lieu de Leen.

A la 29^e ligne, lire : *Est-ce* à dire au lieu de Est à dire.

PAGE 43. — A la 26^e ligne, lire : *conseillait* la cocaïnisation au lieu de conseillent la cocaïnisation.

PAGE 45. — A la 45^e ligne, lire : accolé à la séreuse au lieu de accolé la séreuse.

PAGE 48. — A la 9^e ligne, lire : le *traumatisme* au lieu de le transmatisme.

A la 28^e ligne, lire : La pince placée au lieu de la pince est placée.

PAGE 51. — A la 9^e ligne, lire : sur un lit au lieu de sur un lot.

PAGE 64. — A la 19^e ligne, lire : des *bourses* au lieu des hernies.

PAGE 70. — A la 24^e ligne, lire : CHAPUT. — *Archives générales de médecine* au lieu de *Archives générales de médecine*.

INTRODUCTION

La hernie gangrenée est moins souvent observée dans les grandes villes et les milieux hospitaliers que dans les campagnes, où les habitants, après avoir épuisé toutes les manœuvres de réduction, souvent brutales, comme nous avons pu le constater dans nos recherches bibliographiques, consentent à appeler le médecin et à se faire transporter dans un hôpital.

Leur état est quelquefois lamentable, la hernie se tuméfie, se couvre de plaques de sphacèle, les parties molles s'œdématisent, et il n'est pas rare de la voir s'ouvrir et créer un anus contre nature.

Il serait intéressant de savoir quelle serait la conduite à tenir dans ces cas de hernies plus ou moins compliquées, infectées, avec anse intestinale perforée ou simplement sphacélée.

L'accord à ce sujet est loin d'être fait entre chirurgiens : les uns se contentent de l'anus contre nature ; d'autres, plus hardis à juste titre, vont plus loin, ré-

sèquent l'anse malade au delà des limites du sphacèle, et réunissent les deux bouts de l'intestin au bouton ou aux sutures.

L'étude des avantages et inconvénients de ces deux méthodes fera l'objet de notre thèse.

Avant d'entrer plus loin dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer publiquement le témoignage de notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté de Montpellier, à MM. Forgeue, Riche, Grasset, Vires et à ceux de la Faculté de Paris, MM. Tuffier, Barié, Doléris, Méry.

M. le professeur Quénu nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il daigne recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous sommes tout particulièrement reconnaissant à M. le D^r Guibé de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée et le remercions de ses excellents conseils qui ont facilité notre modeste travail.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de remonter loin dans l'histoire médicale pour chercher l'origine du traitement de la hernie gangrenée. Nos recherches bibliographiques se limitent aux vingt dernières années, plus particulièrement aux plus récentes.

Nous rappelons que c'est Littre, qui a le premier proposé, en 1700, d'établir en pareil cas un anus contre nature.

Mais déjà en 1730, Morand, dans son *mémoire*, relatait une première observation d'entérectomie, suivie d'entérorraphie, due à Rambohr (de Walfenbittel).

Depuis lors et jusqu'à nos jours, la lutte entre les partisans de l'anús contre nature et ceux de l'entérorraphie immédiate s'est poursuivie.

Avec l'asepsie, l'entérorraphie primitive, gagna

plus de terrain en chirurgie que l'anús contre nature.

C'est Kocher, en 1878, qui publie deux observations de résection et de suture de l'intestin, dans deux hernies gangrenées, suivies de succès et une troisième, suivie de mort.

Au VIII^e congrès des chirurgiens allemands, Billroth, qui avait, en 1889, exécuté deux entérectomies, suivies de mort, se déclara partisan de l'anús contre nature. Esmarch, Schede, Küster, partagèrent son opinion et parurent tenir, pour l'établissement primitif d'un anus contre nature, quitte à intervenir secondairement pour l'oblitérer.

Cependant, quelques chirurgiens, Madelung, Rydiger et Julliard, malgré les résultats peu satisfaisants des statistiques de l'entérectomie suivie d'entérorraphie immédiate, penchèrent pour sa supériorité.

En France, en 1883, Bouilly et Assaky, dans leur mémoire, concluaient à la supériorité de l'entérorraphie sur l'établissement d'un anus contre nature. Ils proposaient une méthode mixte : après résection de l'anús gangrenée, ils réunissaient presque complètement les deux bouts, toutefois, en ménageant une petite fistule, servant de soupape de sûreté, qu'on fixait aux parois du sac herniaire.

Barette arrivait aux mêmes conclusions.

L'apparition du bouton de Murphy, facilitant la technique de l'entérorraphie, changea la face des choses ; nombre de chirurgiens abandonnèrent l'anús contre nature pour la résection suivie de réunion au bouton. Cependant, d'autres comme Whölfler Sonnen-

burg, Körte, Trendelenburg, Julliard, qui jusqu'alors pratiquaient la résection intestinale primitive, l'abandonnaient pour l'établissement de l'anüs contre nature.

A la société royale médicale et chirurgicale d'Angleterre, la discussion fut reprise et la plupart des membres présents reconnurent la supériorité de l'entérorraphie primitive comme traitement idéal des hernies gangrenées, mais admirent qu'elle ne pouvait que convenir aux cas favorables.

En 1893, Macready demandait l'opinion sur ce sujet aux chirurgiens de Londres : sur 21, 17 pratiquaient l'anüs contre nature.

La discussion prit de l'ampleur, à la société de chirurgie de Paris, en 1894. A propos de deux observations de Martinet (de Saint-Foy-la-Grande), Chaput, chargé du rapport, s'étendit longuement sur les avantages de l'entérectomie suivie d'entérorraphie, et se déclara partisan de cette méthode.

« La hernie gangrenée, dit-il, n'est pas exempte de dangers, la mortalité inévitable liée à l'infection générale, comporte un pronostic réservé. L'entérectomie est supérieure à l'anüs contre nature. La mortalité de l'anüs contre nature restera toujours égale à 80 ou 70 o/o, tandis que celle de la suture tombera à 30 ou 40 o/o... »

Son opinion ne fut pas partagée par les membres de la société : Segond, Kirmisson, Lucas-Championnière, Terrier, Verneuil, prirent tour à tour la parole et combattirent la statistique de Chaput. Ces auteurs

redoutent les opérations longues, choquantes, chez des malades affaiblis, épuisés par leur état septique, et restent partisans de l'anus contre nature.

D'autres communications eurent lieu à la Société de chirurgie, mais sans aucune discussion ; les faits furent simplement enregistrés.

A la Société de Chirurgie de Lyon, 1901-03, plusieurs communications eurent lieu ; elles furent discutées sérieusement. Villard ayant modifié le bouton de Murphy, pratique la résection intestinale avec succès.

Jaboulay, Vallas, Bérard, rapportent des faits semblables, tous couronnés de succès.

Brin, dans les archives médicales d'Angers, publia en 1907, un article, et se déclara partisan de l'entérorraphie immédiate.

Pauchet, d'Amiens, dans la Clinique, 1906, dit :
« Toute anse suspecte doit être extériorisée, une anse gangrenée doit être reséquée. »

Cette réunion de cas heureux montre que l'entérorraphie est la conduite de prédilection dans le traitement de la hernie gangrenée.

Delore et Thévenet, dans la Revue de Chirurgie, 10 juin 1909, rapportent une statistique de 166 hernies étranglées.

Sur ces 166 cas, ils pratiquent 29 fois la résection avec 4 morts, mortalité générale 13,8 0/0. Sur les 137 autres opérées sans résection, 24 morts, mortalité générale 17,5 0/0 et ils concluent à la nécessité de réséquer toute anse suspecte, pour supprimer les acci-

dents locaux ou tardifs, dont le point de départ siège au niveau de l'étranglement herniaire.

Contrairement aux idées classiques, émises jusqu'alors par les différents auteurs, Jaboulay dans un article du *Lyon Médical* 1900, (p. 103) écrivait : « La gangrène intestinale dans la hernie étranglée peut guérir », et à ce sujet il concluait : « que, quand on a des doutes sur la vitalité d'une anse intestinale étranglée, non perforée, on peut la conserver, la désinfecter, la réintégrer, en prenant la précaution de placer un drain jusqu'à l'orifice interne du sac. »

Sa façon d'agir ne s'est pas généralisée. Newbolt, au 77^e Congrès de l'Association médicale Britannique, tenu à Belfast, présente 7 hernies gangrenées, avec 6 guérisons. Dubois (thèse de Paris 1908) sur dix cas, n'a qu'une mort.

De toutes ces statistiques, se dégage le fait suivant : l'entérectomie suivie d'entérorraphie immédiate donne une mortalité inférieure à l'anus. c. n. et tend à devenir la méthode de choix dans le traitement de la hernie gangrenée.

Pour avoir une étude complète de la question, il serait désirable d'avoir des statistiques qui relatassent les bons et les mauvais cas, car jusqu'à présent chaque auteur n'a publié que ces bons cas.

Nous empruntons quelques statistiques à M. Berger (*Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus tome vi, page 1.885.)

Mikuliez, en 1892, rapporte sa statistique person-

nelle. Sur 7 cas d'anús. c. n., 7 morts ; sur 21 cas d'entérectomies primitives, 7 morts. La mortalité de l'anús. c. n. est de 100 0/0, celle d'entérectomie 33.5 0/0.

H. E. Zeidler, sur 213 cas d'anús. c. n., 139 morts, mortalité 65,29 0/0 ; sur 269 entérectomies 122 morts, mortalité 45.31 0/0.

Dayot (fils), sur 9 cas d'anús. c. n., 6 morts, mortalité 66.6 0/0 ; sur 3 entérectomies, 3 guérisons, 100 0/0 de guérison.

Körte, sur 23 cas d'anús. c. n., 16 morts, mortalité 69.6 0/0 ; sur 5 entérectomies, 3 morts, mortalité 60 0/0.

Bramann, de Halle, au 27^e congrès de chirurgie, présente une statistique de 68 cas de hernies étranglées. Il pratique 66 fois l'anús. c. n. avec 26 morts immédiates ; 5 sont morts au cours du traitement. Sur les deux autres, il pratique la résection primitive, avec une mort. Mortalité générale 37,8 0/0.

Berkofsky, à la réunion libre des chirurgiens de Berlin, le 14 juin 1909, présente la statistique de 7 ans du professeur Neumann. Sur 61 hernies gangrenées, 57 sont opérées, 4 étaient suivies de mort sans opération ; dans 49 cas, il pratique la résection, avec 32 0/0 de mortalité.

Voyons maintenant l'opinion des auteurs de différents traités de chirurgie.

Tous reconnaissent la supériorité de l'entérectomie comme méthode de choix dans la hernie gangrenée,

mais malgré cela, gardent certaines indications à l'anus contre nature.

Berger, dans le traité de chirurgie Duplay et Reclus, admet que lorsqu'on opère sur des malades présentant des tendances au collapsus, avec état général mauvais, d'un âge avancé, ayant des accidents d'étranglements datant de plus de trois jours (Batz) avec impossibilité de déterminer avec certitude la limite de la gangrène, avec infection des parties molles autour de la hernie, on doit pratiquer l'anus c. n.

Rochard, dans son traité des Hernies, arrive aux mêmes conclusions. Lejars, dans son traité de chirurgie, d'urgence dit : « Dans la hernie gangrenée, la résection intestinale, suivie de réunion bout à bout ou latérale, par suture ou par bouton, doit être tenue pour la meilleure technique, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit toujours et même très souvent indiquée. »

Jaboulay et Patel, (traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet), conseillent l'entérectomie, mais conservent à l'anus c. n. de nombreuses indications.

En somme, cette question de supériorité entre l'anus c. n. et celle de la résection est loin d'être résolue : si l'entérectomie paraît la méthode de choix, on y trouve de nombreuses contre-indications. Celles-ci ne sont plus immuables, c'est ce que nous chercherons à démontrer dans le chapitre prochain.

CHAPITRE II

Anus contre nature

A l'heure actuelle en présence d'une hernie gangrenée, les chirurgiens procèdent différemment; les uns font l'anus contre nature, les autres l'entérectomie suivie de réunion au bouton où à la suture.

Bouilly et Assaky employaient une méthode mixte consistant essentiellement à faire, comme à l'ordinaire, la résection totale des parties gangrenées, suturaient les bouts réséqués, en laissant persister une fistule stercorale, sans réduction de la partie suturée.

Cette technique présentait tous les inconvénients de la méthode des sutures et ceux de l'anus contre nature : elle devait être vite abandonnée.

Il en était de même de la méthode proposée par Helferich, lequel chez deux malades, après avoir établi la continuité de l'intestin par une entero-anastomose, laissait au dehors l'anse suspecte.

Nous laisseront de côté ces deux procédés qui n'ont qu'un intérêt historique, pour discuter l'anus contre nature et la résection intestinale suivie de réunion au bouton ou à la suture.

Comment établit-on un anus contre nature dans une hernie gangrenée ?

Il y a plusieurs façon d'aboucher à la peau une anse suspecte, suivant que l'anse à traiter est courte ou longue.

S'agit-il d'une anse courte, on pourrait se contenter d'inciser sur le bord libre, en pleine sphacèle, et de rattacher par quelques points aux lèvres du sac et à la peau les bords de l'ouverture (Lejars, chirurgie d'urgence). On s'assure, avec le doigt, que la voie est libre du côté du bout supérieur, tout obstacle rétrécissant le calibre intestinal, demande un débridement large du collet du sac, ou même de l'anneau si cela est nécessaire.

On complète l'opération en plaçant un gros drain ou tube en caoutchouc dans le bout supérieur, qu'on fixe avec un point de suture à la peau.

Mais si l'on trouve dans le sac une longue anse gangrenée, le traitement ne sera plus le même : l'abouchement simple à la peau, après incision large de la portion sphacelée deviendra impossible.

De plus, l'élimination d'une anse considérable ne peut se faire toute seule ; il ne reste plus, qu'à exciser largement les parties sphacelées, accoler par quelques points de suture les deux bouts de l'intestin en

forme de canon de fusil et fixer à la peau les bouts ouverts par leur circonférence.

L'opération n'est pas aussi simple que dans le premier cas ; un certain temps est nécessaire à son exécution ; il ne faut pas beaucoup plus de temps pour pratiquer l'anastomose de ces deux extrémités.

Enfin, une anse suspecte peut être fixée au dehors, souvent elle se sphacèle et s'ouvre en créant une fistule stercorale semblable à un anus contre nature : c'est une troisième façon de créer un anus c. n.

Nous laissons de côté la technique opératoire de l'anus contre nature, car ce n'est pas notre but. Nous allons étudier ses avantages et ses inconvénients.

Les avantages de l'anus contre nature, sont la simplicité et la rapidité de l'acte opératoire : en quelques minutes « l'indication vitale immédiate est remplie »,

Ceci est vrai pour le cas simple d'anse courte, mais il n'en est plus de même d'une anse longue trop souvent observée. On retombe dans les inconvénients reprochés à l'entérorraphie par les partisans de l'anus c. n. : opération longue, traumatisante, chez des sujets affaiblis par leur état septique.

Les inconvénients de l'anus c. n. sont nombreux. Signalons, en premier lieu, les troubles digestifs qui résultent ; de ce que l'anus c. n. remontant plus haut que la fin de l'iléon, les aliments ingérés s'échappent continuellement par lui ; leurs principes nutritifs ne sont plus utilisés par l'organisme, le malade s'affaiblit.

Cette inanition peut-être foudroyante, nécessiter

une intervention d'urgence, dans le cas où l'anus artificiel siège trop près du duodenum. Dans le cas où il occupe le milieu de l'intestin grêle, on voit au bout d'un certain temps, variant entre trois à quatre semaines, le malade s'affaiblir, se cachectiser à tel point qu'il s'achemine rapidement vers la mort.

Cet état s'explique, par insuffisance intestinale, l'intestin devenu trop court, ne peut plus subvenir aux besoins de l'organisme, d'où dénutrition progressive, mais fatale.

L'inanition est le gros danger, le plus redoutable, mais il n'est pas le seul. Géraud, dans sa thèse de Paris 1902, a longuement étudié les inconvénients de l'anus contre nature. Il les divise en accidents d'ordre psychiques, d'ordre infectieux et d'ordre mécaniques.

Les accidents psychiques, s'observent surtout chez des malades porteurs, depuis longtemps, d'un anus c. n. Ils ne sont pas à négliger, en effet; dans ce cas, le malade oublie rapidement le bénéfice de l'opération pour ne s'occuper que de la durée de son infirmité.

« La présence d'un anus c. n. est toujours une cause d'ennui pour le sujet qui en est porteur. L'écoulement constant des matières, l'odeur qu'elles répandent, les obligent à vivre loin de leurs semblables, provoquent chez eux un grand découragement et font que leur anus anormal devient une véritable obsession. » (GERAUD).

Les accidents d'ordre infectieux sont des érythèmes, des ulcérations, provoqués par le contact pro-

longé des matières intestinales, qui parfois s'étendent loin au poutour de l'anus et occasionnent des brûlures fort vives. Les ulcérations mal pansées donnent souvent lieu à l'érisypèle.

Lorsque l'anus c. n. dure depuis longtemps, les produits peuvent fuser au niveau des sutures et provoquer, soit le phlegmon stercoral, les abcès tardifs, si l'infection se propage à la peau voisine, soit la péritonite enkystée ou généralisée, si elle passe entre la peau et l'anse intestinale.

Les accidents d'ordre mécaniques, sont de diverses sortes : l'obstruction ou l'occlusion due à l'hypertrophie de la muqueuse ou à son prolapsus ; l'éversion de l'intestin, enfin la rétraction de l'épiploon et du mésentère.

A ces inconvénients vient s'en ajouter un autre ; la nécessité de la cure de l'anus c. n., car son traitement est loin d'être simple et bénin. Chaput a bien résumé les différentes complications auxquelles se heurte le chirurgien, lorsqu'il intervient pour la cure radicale de cet anus c. n.

L'anus, dit-il, produit souvent, après l'opération, un phlegmon local qui rend la plaie très cicatricielle et très déprimée, ce qui gêne sa cure.

De plus, comme conséquence de cette complication, l'orifice intestinal devient moins accessible, le bout inférieur s'oblitère et le bout supérieur peut être lui-même très rétréci.

La brièveté de l'éperon ou son absence est une

complication importante, elle se complique de l'interposition d'une anse intestinale entre les deux bouts fixés à la peau.

Ces bouts subissent, de ce fait, différentes positions : au lieu d'être parallèles, ils peuvent être divergents ou tournés en spirale.

Parfois aussi, la muqueuse s'invagine au dehors et produit une véritable hernie, si les orifices intestinaux sont très larges.

Enfin une dernière complication, c'est la récurrence de la hernie primitive se reproduisant au niveau ou à côté des orifices intestinaux.

Ces diverses complications augmentent la difficulté de la cure de l'anus c. n. par voie extra-péritonéale et nécessitent une véritable laparotomie, avec résection des bouts intestinaux et leur réunion au bouton ou aux sutures.

Il nous semble que, pour toutes ces raisons, l'anus doit être abandonné, malgré les indications admises par M. Berger, dans le traité de chirurgie, Duplay et Reclus, à savoir : état d'épuisement du malade, son grand âge, ayant d'accidents d'étranglement datant plus de trois jours, complications septiques et phlegmoneuses des parties molles.

Nous avons maintenant, des moyens de tourner la difficulté, en pratiquant l'entéro-anastomose supra-herniaire, sans débridement ou mieux encore, la méthode employée par Delore et Thévenet.

F. Hesse, chirurgien de l'hôpital civil de Stettin, propose, dans le cas d'une hernie gangrenée, chez un

hernieux profondément infecté, de pratiquer une incision supra-herniaire isolée, de faire l'entéro-anastomose des deux bouts de l'anse herniée et de s'en tenir là, sans chercher à débrider, après avoir incisé le sac.

Ce procédé n'est pas nouveau : il y a plus de 15 ans que O. Samter, chirurgien de l'hôpital civil de Kœnigsberg, l'avait employé dans un cas dont il rapportait l'histoire. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, atteinte d'une hernie crurale droite étranglée, depuis 5 jours, grosse comme une pomme et recouverte d'une large nappe phlegmoneuse.

Il incise l'abcès et trouve une anse sphacélée de 8 centimètres, non perforée. Il laisse les choses en cet état, et pratique une laparotomie de 12 centimètres sur le bord externe du droit, attire au dehors les deux bouts intestinaux, de chaque côté de l'anse sphacélée et les anastomose. Deux heures après, des gaz et matières s'échappaient par l'anus. Il intervint une seconde fois pour enlever l'anse et le sac gangrenés.

Hesse reprit le procédé de O. Samter et le pratiqua deux fois sur deux femmes atteintes toutes deux de hernie crurale. Les malades guérirent sans accidents, après intervention réparatrice secondaire.

Tout ingénieux que soit le procédé Samter-Hesse, il présente un point faible, c'est l'intervention réparatrice secondaire.

Par l'entéro-anastomose, on coupe court à l'arrêt stercoral et à ses conséquences, mais il reste à pratiquer la libération, l'excision et la fermeture isolée des

deux bouts intestinaux sous-jacents à l'anastomose, ceci est loin d'être exempt de dangers.

Delore et Thévenet, dans leur mémoire paru dans *Revue de chirurgie*, 10 juin 1909, conseillent la technique suivante : sans débrider l'anneau, ils ouvrent directement le péritoine au-dessus du collet par une véritable laparotomie basse. Ils sectionnent circulairement le péritoine au-dessus du collet, attirent au dehors les deux bouts de l'anse intestinale saine et resèquent au-delà de l'anse malade, en tissu sain et achèvent la réunion des bouts au bouton de Murphy. Ils ferment le péritoine et enlèvent le sac avec son contenu en un seul bloc, comme une véritable tumeur et terminent souvent par un drainage sous-péritonéal.

Cette méthode, disent-ils, s'adressent aux cas où l'infection du sac est grave et pourrait occasionner la péritonite, si l'on venait à pratiquer la résection intestinale.

Cette méthode est supérieure au procédé de Samter Hesse, et il nous semble, avec M. Guibé, toute indiquée dans certains cas compliqués.

CHAPITRE III

L'emploi du Bouton de Murphy

L'apparition du bouton de Murphy et son emploi en chirurgie, ont contribué pour une large part à la pratique de l'entérectomie suivie d'entérorrhapie immédiate.

Bon nombre de chirurgiens qui étaient jusqu'alors partisans de l'anus c. n. l'abandonnaient pour ne pratiquer que la résection intestinale suivie de réunion du bouton.

A l'étranger, plus qu'en France, en Amérique surtout, cette méthode devient méthode de choix dans le traitement des hernies gangrenées.

Déjà, en 1895, Murphy traitait huit cas de hernies gangrenées, avec résection intestinale suivie de réunion au bouton anastomique; avec sept succès et une mort, due à la péritonite antérieure à l'opération.

Walker, Willis, Andrews rapportent aussi des cas

de guérison. Busch signalait un autre cas, Weiner sur dix cas obtenait dix guérisons. En France, Villard (Lyon) pratiquait deux fois la résection suivie de réunion au bouton, avec succès.

Les avantages que présentent le bouton de Murphy expliquent la part du succès ; les voici d'ailleurs :

1) La rapidité de l'opération est un des grands avantages : elle réduit au minimum le shok opératoire si fréquent dans toute intervention sur un organe qui est « le point de départ de réflexes généraux graves » (Villard) ; sa durée ne dépasse pas 15 minutes au maximum.

2) L'anastomose, une fois établie, s'oppose par sa solidité à la pression assez forte qu'exercent les matières fécales et les gaz accumulés au-dessus de l'étranglement ; souvent dans l'entérectomie avec suture, les fils cèdent sous cette pression et les liquides septiques filtrent dans la cavité abdominale et occasionnent des infections secondaires.

3) Par le rapprochement des deux moitiés de l'instrument, l'hémostase des tranches de sections est assurée.

4) L'anastomose est mise à l'abri de l'infection causée par le contact des matières septiques, par la présence de la pièce métallique.

5) Grâce à la solidité de cette anastomose, on peut alimenter immédiatement le malade, c'est un grand avantage.

Au congrès français de chirurgie, 23 octobre 1895, Villard (de Lyon) résuma les indications de la mé-

thode de Murphy : « Dans la gangrène herniaire, dit-il, l'entérectomie avec application d'un bouton anastomotique construit suivant le type de Murphy ou tout autre plus ou moins modifié, nous semble la méthode de choix.

Le malade bénéficie d'une intervention radicale et définitive, sans courir les graves dangers de shok opératoire et de péritonite que l'on observe dans la méthode des sutures.

Elle réalisera au maximum les conditions désirables dans une intervention où il faut aller vite, tout en créant une anastomose solide. »

La même année, à la Société de chirurgie, Chaput, étudiait les inconvénients du bouton de Murphy et contestait sa valeur.

Les accidents sont multiples :

1) Sténose de l'orifice. Villard et Vallas, à la société de chirurgie de Lyon 1903, citent des cas de sténose consécutive à l'étranglement.

2) Le bouton par son déplacement ou l'obstruction de son orifice par les matières fécales, occasionne des occlusions.

3) S'il est trop serré, il expose à la perforation de l'intestin ; s'il ne l'est pas assez, l'intestin se dégage.

4) Sa présence dans l'intestin constitue un corps étranger et son élimination est souvent retardée.

D'après Bérard, le bouton reste, quand il existe un cœcum.

5) Si les parois intestinales sont épaisses, son emploi n'est plus si facile, ni si sûr ; souvent il est contre indiqué.

Vaitz reproche au bouton de permettre l'hémorragie intestinale, au cas où le rapprochement des deux moitiés de l'instrument serait faible.

Les nombreuses modifications apportées par l'école lyonnaise au bouton de Murphy, par Jaboulay, par Villard, permirent d'obvier jusqu'à un certain point aux inconvénients adressés par Chaput au bouton de Murphy.

D'autres auteurs ont remplacé le bouton de Murphy par d'autres procédés.

Duplay, au congrès français de chirurgie 1895, présentait un nouveau procédé de suture intestinale à l'aide d'une ligature en masse sur un cylindre métallique creux. Il l'avait appliqué sur huit chiens, qui ont tous guéri, mais aucune application sur l'homme.

En 1901, à la Société de chirurgie, Chaput et Michel proposaient de remplacer la suture au bouton par les agrafes de Michel.

Ils l'ont expérimenté sur le chien et l'ont appliqué 5 fois chez l'homme avec succès. Ces procédés ne se sont pas généralisés autant que le bouton de Murphy, qui reste l'instrument de choix dans la réunion au bouton.

Les résultats obtenus par son emploi donnent une mortalité générale de 20 o/o, bien inférieure à l'anusc. n. et à l'entérectomie suivie d'entérorraphie primitive.

Maire, thèse de Lyon, 1895, rapporte trois cas de hernies gangrenées, avec une mort.

Pla, thèse de Lyon, 1895, sur 16 cas, n'a que deux

morts ; Garde, thèse de Montpellier, 1896, sur 12 cas, n'a que 2 morts.

Jeannet, thèse de Lyon, 1899, rapporte 43 cas, avec 15 morts.

Blain, thèse de Lyon 1900, sur 17 cas de gangrène herniaire où le bouton a trouvé son emploi, n'a eu que 14 succès et 3 morts.

Murphy, au XIII^e congrès international de médecine de Paris 1900, présente une statistique de 1620 cas avec une mortalité moyenne de 19,3 o/o.

Sur 166 cas, non malins, la mortalité était de 2 ./. Dans les cas divers, la mortalité la plus faible atteignait 20 ou 40 o/o.

Berkofsky, en juin 1909, à la réunion libre des chirurgiens de Berlin, rapporte la statistique de 7 ans du professeur Neumann. Il a opéré 57 hernies gangrenées et a pratiqué 49 fois la résection suivie de réunion au bouton de Murphy ; mortalité, 32,6 o/o.

Nous pensons que, toutes les fois que l'occasion se présente, la résection suivie de réunion au bouton devra être faite, car elle réalise au maximum, comme le disait Villard, « les conditions désirables d'une opération où il faut aller vite, tout en créant une anastomose solide ».



CHAPITRE IV

Choix de différents modes d'union des bouts de l'intestin après la résection

Nous venons de dire, ce que nous pensions de l'emploi du bouton de Murphy, étant décidé à l'employer toute les fois que l'occasion le permet; mais dans le cas d'une contre indication, à quel procédé de suture allons-nous nous adresser ?

Les deux méthodes qui se disputent la préférence, sont l'entérorraphie circulaire et l'anastomose latéro-latérale.

Tout d'abord, l'anse intestinale malade, ayant été réséquée, l'hémostase des vaisseaux du mésentère assurée, il faut répondre, aux deux conditions suivantes :

1. Interrompre toute communication entre la cavité abdominale et la cavité intestinale ;
2. Rétablir la continuité du tube digestif.

La méthode qui semble réunir ces deux conditions c'est l'anastomose termino-terminale.

C'est elle qui fut pratiquée tout d'abord (Kaider) et actuellement Billroth, Czerny, Hofmokl le pratiquent en Allemagne ; Barette en France ; Murphy en Amérique.

A première vue, l'entérorraphie termino-terminale paraît la plus avantageuse. Elle rétablit de suite la continuité du tube digestif, sans créer de diverticule au niveau du bout supérieur, comme l'anastomose latéro-latérale.

Malgré ses avantages, elle est susceptible d'objections.

1. Elle n'est pas toujours facile à exécuter, la difficulté siège au niveau de l'insertion du mésentère, et c'est à son niveau que débute l'infection, lorsqu'elle envahit les sutures.

2. Pour assurer la nutrition de deux bouts d'intestin, il faut pratiquer une excision en coin du mésentère, afin d'éviter de laisser dépourvue de son méso-vasculaire, la moindre partie d'intestin.

3. La suture de deux bouts d'intestin exige l'accolement par leurs surfaces, ce qui rétrécit le calibre intestinal à ce niveau.

Cet inconvénient, prend de l'importance chez l'enfant où on crée une cicatrice inextensible, sur un intestin en voie d'accroissement.

4. L'absence de séreuse sur la paroi postérieure de l'intestin, (anse ilio-colique), crée une autre mauvaise condition pour la suture.

5. Enfin, la différence de calibre des deux bouts, rend souvent impraticable l'anastomose termino-terminale.

Dans ce cas, Billroth, Calley, Kœnig, la remplacent par l'anastomose termino-latérale.

Cette dernière méthode trouve son indication au niveau de l'anse ilio-colique.

Tous ces inconvénients ne sont pas applicables à la seconde méthode, c'est-à-dire à l'anastomose latéro-latérale.

Il est vrai, que par sa complexité, et sa longue durée, bien des chirurgiens l'ont repoussée au début.

On lui a reproché de demander un temps et un travail considérables pour la suture de deux bouts et des orifices latéraux, de créer un diverticule artificiel sur le bout supérieur, de gêner un peu la circulation des de matières intestinales.

Ces reproches sont loin d'être justifiés et nous paraissent discutables.

Avec l'emploi de l'anesthésie locale, la longueur de l'intervention n'est plus qu'un facteur bien minime, son exécution ne demande pas plus de temps que l'anastomose termino-terminale.

D'après Frouin et Pozorski (*Presse médicale* 1906) l'anastomose latéro latérale, serait loin d'être la meilleure au point de vue expérimentale au moins.

M. Frouin, ayant pratiqué chez le chien des résections intestinales suivies d'anastomose latérale, a obtenu des résultats immédiats très satisfaisants, mais au bout d'un temps plus ou moins long, variant

de trois à dix-huit mois, tous les animaux sont morts d'occlusion intestinale.

Cette obstruction n'était pas due à un retrécissement de l'orifice de communication ; elle était causée par un cœcum artificiel du bout supérieur, dans lequel s'accumulaient des débris alimentaires, non digestibles.

Le fait se produit sur huit animaux. Il serait difficile d'éviter la formation de ces cœcum.

Au contraire, l'anastomose termino-terminale a toujours parfaitement réussi, quelles que fussent les parties d'intestin sur lesquelles ait porté l'opération.

Il semble que cette question de diverticule, est plutôt à craindre sur le gros intestin, dans l'anastomose termino-latérale, que sur l'intestin grêle, où la continuité du tube s'établit vite, d'après Leen et Reichel.

En revanche, les sutures de la région mésentérique ne demande pas autant de soins que *dans la dernière méthode*, l'anastomose termino-terminale ; aucun danger de fissure ou de nécrose à craindre de ce côté. Elle permet de faire une ouverture plus large que celles créées par les autres méthodes.

Toutes ces raisons ont amené la plupart des chirurgiens à considérer l'anastomose latéro-latérale comme méthode de choix dans l'entérorraphie par sutures ; quant à l'anastomose termino-terminale, elle est toute indiquée pour ceux qui emploient le bouton.

Est à dire que l'entérorraphie circulaire est une mauvaise opération ? Non, nous ne le pensons pas,

voici d'ailleurs deux observations qui montrent bien l'efficacité de son emploi.

OBSERVATION I (due à l'obligeance du Dr Guibé,
publiée à la Société anatomique, mai 1910.)

Réduction par le taxis d'une anse intestinale gangrenée partiellement. Résection intestinale. Guérison.

Le 23 février 1910, je suis appelé d'urgence comme chirurgien de garde, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Schwartz, dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'un malade de 25 à 30 ans, porteur depuis assez longtemps d'une hernie inguinale droite descendant jusque dans les bourses. Depuis le 20 février, la hernie est étranglée, mais les signes de l'étranglement étaient peu accentués et l'état général du malade suffisamment bon pour que l'interne du service ait cru devoir se contenter de réduire la hernie par le taxis sans chloroforme; ceci se passait un peu avant midi.

A la suite de la réduction, le malade ne ressentit pas le mieux habituel. Au contraire, ce fut alors que son état empira, qu'il se mit à présenter des vomissements abondants et porracés en même temps que son pouls s'accélérait. L'interne de garde, M. Pottet, en présence de ces symptômes et de l'histoire du malade, diagnostiqua une réduction vicieuse de la hernie et me fit demander.

Je vois le malade vers 2 heures. Température normale; pouls rapide, 110 environ. Abdomen à peine ballonné mais fortement tendu. Pas d'épanchement péritonéal libre appréciable. Douleurs assez modérées. Le trajet inguinal droit est libre dans la plus grande partie de son étendue, mais profondément, on sent une légère voussure qui bom-

be très nettement lors de la toux. Pas de sensibilité nette a ce niveau. Nous admîmes qu'il s'agissait vraisemblablement ici d'une réduction en masse de la hernie étranglée.

Intervention immédiate. Incision ordinaire de cure radicale de hernie inguinale. Ouverture du sac d'où s'écoule du liquide sanguinolent en grande abondance. Je ne trouve pas d'intestin dans le sac, mais en allant à la pêche dans l'abdomen, je ramène d'abord une anse d'aspect absolument normal, mais dans le mésentère de laquelle se trouve une cicatrice fibreuse très nette. Continuant à attirer l'intestin, j'arrive presque aussitôt sur une anse brunâtre sur laquelle s'aperçoivent deux sillons, évidemment les deux sillons d'étranglement. Sur le sommet de l'anse se trouve un placard large comme une pièce de 50 centimes, de coloration brun noirâtre et au niveau duquel la paroi semble vouée au sphacèle.

Je pratique alors une entérectomie suivie d'une entérorraphie circulaire en me portant assez loin de la lésion pour travailler en tissu sain. La résection fut faite suivant les règles ordinaires en prenant toutes les précautions d'asepsie habituelles.

Mais, comme je ne suis pas très content de ma suture, je fixe l'anse à la face profonde du trajet inguinal par deux ou trois points de catgut, puis je mets un drain à proximité, afin que si la suture lâche, il y ait une voie de drainage toute prête. Suture du canal en un plan, sans cure radicale autre que la résection du sac.

Les suites opératoires m'ont été obligeamment communiquées par M. Pottet, interne de M. Faure, qui m'avait aidé. La première selle et les premiers gaz ne survinrent que le troisième jour. Pendant quelques jours, le malade présenta des crises douloureuses avec mauvais faciès et

nausées, terminées chaque fois par une débâcle, comme s'il y avait un obstacle au passage des matières.

Puis tous ces troubles disparurent définitivement. La plaie suppura mais il ne se fit pas de fistule stercorale. Le malade sortit guéri un mois environ après son opération.

OBSERVATION II (dûe à l'obligeance du Dr Guibé,
publiée à la Société anatomique, mai 1910.)

Hernie crurale étranglée. Taxis violent. Douleurs vives et gangrène précoce. Résection intestinale. Guérison.

Le 27 mars 1910 au matin, entré à l'hôpital Broussais, une femme de 54 ans qui se plaignait d'une hernie crurale droite étranglée. L'étranglement de la hernie datait du vendredi soir 25 mars.

La malade se présente avec l'aspect typique de la hernie étranglée : arrêt des matières et des gaz ; vomissements, non encore fécaloïdes. Dans l'aîne droite on trouve une tumeur grosse comme une petite noix, douloureuse, mate et irréductible. L'état général est d'ailleurs bon, le pouls est à 100.

La hernie a été l'objet d'une violente manœuvre de taxis, fort douloureuse, affirme la malade. Cette manœuvre n'a pas réduit la hernie, mais depuis lors celle-ci provoque des douleurs vives. Il existe en outre sur toute la région une teinte verdâtre rappelant celle d'un hématome arrivé à la fin de sa résorption.

Intervention immédiate. Incision verticale habituelle, libération et ouverture du sac, d'où il sort un peu de liquide trouble ; on y voit une anse intestinale, grosse comme une cerise, noirâtre, avec des plaques blanchâtres,

couleur feuille morte. Débridement de l'anneau par section de l'arcade fémorale ; l'anse intestinale attirée dans la plaie présente au contraire deux sillons d'étranglement en bon état. D'ailleurs il ne semblait pas que l'étranglement fût particulièrement serré.

Résection de 12 à 15 centimètres d'intestin grêle en ayant soin de passer en tissu sain. Entérorraphie termino-terminale aux sutures.

Réduction de l'intestin. Résection du sac. Fermeture de l'anneau crurel par deux points de catgut unissant le bord inférieur des muscles de la paroi au ligament de Cooper. Puis suture de la peau sans drainage.

Les suites opératoires furent un peu pénibles ; il y eut un peu de bronchite et le cours des matières ne se rétablit qu'assez mal.

Mais au bout de huit jours, à la suite d'une purgation, tout rentra dans l'ordre, et depuis la malade a des selles normalement tous les deux ou trois jours comme avant son étranglement herniaire.

La plaie ayant suppuré, la malade ne put quitter l'hôpital qu'au bout de six semaines environ.

CHAPITRE V

Manuel opératoire

ANESTHÉSIE. — A quel anesthésique aura-t-on recours dans le traitement de la hernie gangrenée ?

Le meilleur anesthésique est celui qu'on a le plus l'habitude de donner.

Les uns préfèrent l'éther au chloroforme chez les malades affaiblis, parce qu'il déprime moins le pòuls et relève le cœur.

Il provoque moins souvent les vomissements que le chloroforme ; leur présence pendant l'opération est une perte de temps, et s'ils surviennent après, ils risquent de compromettre l'intégrité des sutures.

L'anesthésie générale devient nuisible, souvent même mortelle chez les malades atteints d'étranglement herniaire, dans les vieilles hernies sphacélées, chez les vieillards débilités, chez les sujets en collapsus.

Dans ces cas l'anesthésie locale est suffisante. Avant l'emploi de l'anesthésie locale, chez ces malades, pour éviter les accidents de l'anesthésie générale, on les opérerait sans les endormir.

Même, chez de tels malades, on peut donner l'anesthésie générale, à condition de la suspendre pendant l'intervention sur l'intestin.

L'entérectomie suivie d'entérorraphie, n'est pas douloureuse, seule la traction du mésentère provoque des douleurs. L'anse une fois extériorisée, le malade ne souffre plus.

Mais l'anesthésie locale est suffisante dans le traitement de la hernie gangrenée. Il suffit d'anesthésier la peau à la cocaïne puis quelques injections de la solution dans les aponévroses et les muscles tout autour du collet pour amener une insensibilité, sinon complète, du moins presque complète.

Nous signalons une difficulté due à l'anesthésie locale. L'anesthésie des aponévroses et muscles de la paroi, s'obtient plus difficilement que celle de la peau et lors de la réduction de l'anse anastomosée dans l'abdomen on se gardera de pratiquer des tractions sur la paroi, qui provoquerait de la douleur, par suite une contraction réflexe de cette dernière et de l'orifice, qu'il s'agit de franchir.

L'anesthésie locale permet une intervention plus longue et place le malade dans des bonnes conditions contre l'intoxication.

Les recherches expérimentales et cliniques de M. Reclus sur la novococaïne, l'ont amené à considérer

cet analgésique supérieur à la cocaïne et à la stovaine.

Pour augmenter la faible durée analgésique de la novocaïne, il conseille de l'associer à l'adrénaline et donne la formule suivante :

Sérum physiologique	100 gr.
Novocaïne	0 gr. 50 cent.
Adrénaline à 1 o/oo	XXV gouttes.

Comme la toxicité de la novocaïne est faible, on peut employer des doses répétées.

Quant à l'anesthésie lombaire, elle est rentrée dans la pratique et a marqué sa place entre l'anesthésie générale et l'anesthésie locale. Elle est toute indiquée, chez des malades atteints d'affections pulmonaires pour lesquels l'éther et le chloroforme sont si dangereux ; chez certains sujets ayant une répugnance invincible pour l'anesthésie générale ; dans le cas d'une hernie volumineuse, compliquée d'infiltrations septiques des parties molles, avec état général mauvais, où les accidents de l'anesthésie générale sont à craindre, où l'anesthésie locale paraîtrait insuffisante comme analgésique.

A la Société de Chirurgie de Paris 1905, Guinard à propos d'une observation de M. Morestin signalait les accidents de la rachicocaïnisation chez les malades aggravés par le shok et conseillent la cocaïnisation à sa place.

Depuis, il a modifié la technique de la rachicocaïnisation dans le but de réduire au minimum les accidents de la méthode : céphalée, hyperthermie, état syncopal, etc.

Il ressort de ces expériences cliniques, que c'était l'eau des solutions injectées, qui était cause pour la plupart des accidents. Il a supprimé l'eau comme véhicule de la cocaïne et l'a remplacé par le liquide céphalo-rachidien. Il soutire 60-80 gouttes de liquide dans lequel il fait tomber une solution de cocaïne à 1 centigr. pour 2 gouttes d'eau et avec une seringue il aspire le tout et le réinjecte. Depuis, il n'a pas eu d'accidents.

M. Tuffier procède différemment, il ponctionne, après avoir introduit dans la seringue le nombre de gouttes de la solution nécessaire, il aspire le liquide rachidien, qui vient se mélanger avec la cocaïne et réinjecte le tout dans le canal sous-arachnoïdien.

ASEEPSIE. — L'emploi de la teinture d'iode, en chirurgie a modifié les difficultés de désinfection du champ opératoire, que présentaient le lavage et le brossage chez des malades non endormis.

En cas d'urgence, le badigeonnage simple du champ opératoire est suffisant et ne nécessite nullement un nettoyage à l'éther et au savon.

Nous devons cette excellente pratique aux travaux de M. Walther, qui vulgarisa en France l'emploi de la teinture d'iode en chirurgie.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — L'incision de la peau varie suivant le siège de la hernie; en règle générale, elle doit être longue et dépasser les limites de la hernie.

Les différents temps de l'opération, par le fait même de l'incision large, deviennent plus faciles, surtout pour les hernies crurales, où il faut aller profondément sous l'arcade de Fallope.

Cette incision sera faite suivant le grand axe de la hernie, verticale pour la crurale, oblique pour l'inguinale. On incise la peau et les tissus sous-jacents jusqu'au sac.

Libération et ouverture du sac. — Arrivé à la proximité du sac, on l'isole avec une sonde ou avec des ciseaux fermés. Une fois libéré des tissus avoisinants, on le saisit avec une pince à griffes et sa membrane est déchirée avec la pointe du bistouri ou les ciseaux.

Il s'écoule immédiatement un liquide séro-sanguin, bien différent du liquide citrin contenu dans certaines bourses séreuses qui imposent souvent pour de véritables sacs herniés. L'ouverture doit se faire avec douceur et prudence pour éviter de blesser l'intestin, si souvent accolé la séreuse, dans certaines hernies dites « sèches ».

DÉBRIDEMENT DE L'AGENT D'ÉTRANGLEMENT.

— Les dangers que redoutaient les anciens chirurgiens lors du débridement étaient la blessure de l'intestin, d'une part, celle des vaisseaux artériels voisins de l'anneau fibreux, d'autre part.

Pour éviter la blessure de l'intestin, Méry avait inventé sa sonde ailée, Vidal une spatule cannelée, Huguier une sonde en bateau et enfin Cooper son bistouri herniaire, modification de celui de J.-L. Petit.

Toute cette instrumentation est devenue inutile, même dangereuse, car tous ces instruments sectionnent en aveugle la bride d'étranglement.

La crainte de l'hémorragie avait inspiré la division de l'anneau, les débridements petits et multiples.

A l'heure actuelle, la pratique de la cure radicale a modifié l'ancien procédé et les dangers n'existent plus.

L'incision large, le long du trajet herniaire, nous permet de voir ce que l'on fait, ainsi le débridement de l'anneau fibreux et celui du collet du sac se fait sous le contrôle de la vue. Alors, avec la lame d'une paire de ciseaux, on libère l'étranglement, en évitant les zones anatomiques périlleuses de chaque espèce hernière.

Voici les règles classiques : pour la hernie inguinale, le péril est l'épigastrique : on l'évite en débridant en haut et en dehors ; pour la hernie crurale, c'est la présence des gros vaisseaux en dehors et l'obturatrice en dedans, on le respecte en débridant en bas et en dedans contre l'attache du ligament de Gimbernat au ligament sous-pubien.

Signalons les deux particularités opératoires pour le débridement des hernies inguinales et crurales. Pour la hernie inguinale, surtout dans la variété congénitale, on poursuivra loin la dissection de son pédicule, si l'on se trouve en présence de collets multiples, on les débridera jusqu'à ce que l'on soit sûr que le canal vagino-péritonéal est libre dans toute son étendue.

due et que le doigt pénètre librement dans la cavité abdominale.

Dans la hernie crurale, l'agent d'étranglement est presque toujours le ligament de Gimbernal; dans nombre de cas, il suffira avec l'extrémité de l'index placé en dehors du sac, d'effondrer ce ligament pour libérer l'intestin, sans touchet au collet.

Un débridement trop large du sac et de son collet, facilite la fuite dans l'abdomen de l'anse douteuse et donne un mal au chirurgien à la retrouver.

Le sac ouvert, on se trouve en présence d'une anse; il faut s'assurer de sa vitalité. A quels signes reconnaitra-t-on l'intestin sphacelé? L'intestin sphacelé a une odeur, dit Mollière, qui persiste malgré les lavages antiseptiques réitérés.

Si, après des lavages au sérum physiologique tiède l'anse gardait une couleur brune, sale, verte, bronzée, une consistance flasque d'aspect de linge mouillé, elle peut être considérée comme sphacelée.

L'anse est douteuse, il ne reste qu'à la réséquer.

RÉSECTION DE L'INTESTIN. — On attire au dehors l'anse malade et une portion d'intestin sain de chaque côté de celle-ci, de façon à pouvoir manœuvrer en dehors de la cavité abdominale. Un lit de compresse tout autour de l'orifice, reçoit l'anse.

Les auteurs conseillent de placer sur les deux bouts, assez loin de la ligne de section, des pinces à coprostase, pour éviter l'inondation du champ opératoire par les liquides de l'intestin, lors de son ouverture.

Dehelly (thèse Paris 1910) emploie une méthode différente des auteurs ; au lieu d'empêcher l'issue du contenu intestinal, il le facilite en ponctionnant l'intestin au niveau de l'anse suspecte. Les liquides et gaz s'écoulent sur des compresses, ce qui assure l'asepsie du champ opératoire. La grande septicité des liquides intestinaux, dit-il, démontrée par Roger et Garnier, la tension qu'exercent les gaz sur les sutures, le transmatisme de l'intestin par la pince (il cite un cas) justifient ma façon de faire.

La plupart des chirurgiens craignent l'infection de la plaie, et préfèrent la coprostase à cette façon d'agir.

L'anse bien isolée sur des compresses, on place deux pinces de Kocher sur chacun des bouts de cette dernière, un peu en dehors de la ligne de section, en tissu sain, deux autres pinces sur elle, et on sectionne entre les pinces, tout en laissant un peu d'intestin en avant de la pince posée sur l'intestin sain.

Il est indispensable d'opérer en tissu sain, bon nombre d'accidents tardifs, de perforation, de péritonite sont ainsi évités.

L'anse sphacelée est enlevée dans des compresses, et on s'assure que la tranche de section intestinale saigne, sinon sa vitalité est incertaine, le sphacèle tardif par ischémie est à craindre ; si la section ne donne rien, on porte un peu en dehors en tissu sain. sa ligne de section. La pince est placée en dehors de la ligne de section assure l'hémostase, une compresse enveloppe chaque bout, ce qui rend plus propre la section du mésentère.

SECTION DU MÉSENTÈRE. — La section du mésentère exige le plus grand soin. Elle se fait au ras de la section intestinale de façon que chaque bout d'intestin soit pourvu d'un pédicule sero-vasculaire ; l'incision mésentérique portera en tissu sain.

La résection d'une portion d'intestin un peu longue nécessite une section de la surface du mésentère qui générerait le rapprochement des deux bouts à anastomoser.

On taille ce lambeau mésentérique en coin, à base correspondant exactement à la portion intestinale enlevée, et à sommet n'atteignant pas l'arcade vasculaire de calibre.

Certains opérateurs taillent le lambeau mésentérique, en pleine étoffe, avec une paire de ciseaux sans se préoccuper de l'hémostase, qu'ils assurent après l'excision.

Il est préférable, de faire une hémostase préventive en posant une série de ligatures en chaîne le long des bords du coin à enlever ; on évite au malade, déjà affaibli, une perte de sang et l'excision se fait à blanc.

On réunit par quelques points de suture, les deux lèvres du mésentère, pour éviter la formation d'un orifice où pourrait venir s'engager ou s'étrangler une anse intestinale.

TECHNIQUE DE L'ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE AU BOUTON. — Nous avons dit au chapitre de l'emploi du bouton de Murphy, que son utilisation est une méthode excellente dans les cas où l'on veut

aller vite et obtenir une anastomose solide. Avant de décrire les autres procédés de réunion des deux bouts, disons un mot de la technique de l'emploi du bouton de Murphy.

Lejars, dans son traité de chirurgie d'urgence, conseille la pratique suivante :

On nettoie avec un tampon imbibé d'une solution antiseptique, la tranche intestinale et la muqueuse, puis on passe sur chaque bout de l'anse excisée à 2 millimètres de la section, un fil fin, qui sera fauflé tout autour. Puis dans chaque bout, l'une des moitiés du bouton, tenue par une pince est introduite, et les deux chefs de la suture en bourse, serrés et noués, froncent et appliquent sur le tube central, la tranche circulaire.

Cela fait, on n'a plus qu'à enclaver les deux moitiés du bouton, pour mettre en continuité les deux bouts de l'intestin.

Une suture séro-séreuse par dessus la fermeture, rend plus solide l'anastomose.

M. Guibé a procédé différemment dans une observation qu'il nous a communiquée (observ, III).

« Après coprostase, l'anse est sectionnée à chacune de ses extrémités. Puis une moitié de bouton de Murphy est introduite dans chaque bout intestinal. Après quoi, ceux-ci sont fermés par une double suture (ligature en masse de l'anse enfouie sous une suture en bourse). Par un petit orifice fait à l'intestin au thermo-cautère, on fait saillir le cylindre central

du bouton : puis les deux moitiés du bouton sont ajustées l'une à l'autre et serrées à fond. » .

On fixe avec quelques points de suture le mésentère à la portion anastomosée pour être certain de ne pas priver de circulation les bouts anastomosés.

TECHNIQUE DE L'ENTÉRRORRAPHIE CIRCULAIRE. — Pour pratiquer l'entérorraphie circulaire, on procède de la façon suivante : Les deux bouts d'intestin, bien isolés sur un lot de compresses, on passe au niveau du bord supérieur et inférieur, une anse de fil « à la Lambert » dans l'épaisseur de la tunique sero-musculaire à 5 ou 6 millimètres de la tranche ; on place des pinces à forcipressure pour les tenir.

Ces quatre anses nous serviront à fixer les deux bouts, à les tendre, à les déplier et permettront à suturer plus facilement leurs bords.

Ceci fait, on adosse l'une à l'autre les surfaces séreuses des deux parois postérieures pour pratiquer le surjet dit surjet d'adossement postérieur. Il commence au niveau du bord supérieur, le chef court est maintenu par une pince, le chef long poursuit verticalement son trajet, tout en chargeant à chaque traversée de l'aiguille, à travers la musculieuse, des « ponts de paroi » de 3 à 4 millimètres au moins.

Arrivé au bord inférieur, on l'arrête sans le couper et on le confie à une pince.

On fait un second surjet ; cette fois, on charge toute l'épaisseur de deux parois déjà accolées, en les suturant par dessus leur tranche.

Le chef long arrive au bord inférieur de la demi-circonférence postérieure, poursuit son trajet en suturant de même la demi-circonférence antérieure et parvient à son point initial, où il est noué avec le chef court.

A ce moment, le chef long du surjet de l'adossement postérieur que nous avons confié à une pince, reprend son trajet pour effectuer l'adossement antérieur et arrive à son point de départ où il est lié avec le chef court.

En faisant cette suture circonférencielle, on surveillera les points qui se trouvent placés aux angles des incisions.

TECHNIQUE DE L'ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE. —

On commence par fermer les deux bouts de l'intestin. La section étant faite entre les deux pinces de Kocher, il reste un demi-centimètre de tissu en avant de la pince placée sur l'intestin sain. On pratique un surjet d'union et pardessus celui-ci un second, seroséreux, qui enfouit le premier. On n'a pas à craindre de trop réduire le calibre intestinal, on a tout avantage à froncer l'extrémité terminale des bouts. Cela fait, on applique les deux anses, l'une contre l'autre, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, non pas en canon de fusil, mais l'une contenant l'autre.

Comme tout à l'heure, pour les maintenir, on commence par pratiquer le surjet d'adossement postérieur puis on ouvre alors l'intestin.

La section est faite sur les deux anses, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, et on fait une suture

totale sur tout le pourtour de ces deux incisions. Il ne reste qu'à continuer le surjet séro-séreux sur la face antérieure et à nouer le chef long à son arrivée, sur le bord supérieur, son point de départ.

Il faut faire un nettoyage de l'anastomose, soit avec du serum physiologique chaud, soit avec une solution antiseptique.

Il ne reste plus qu'à réintroduire l'anse anastomosée dans la cavité abdominale ; certains auteurs la suturent au contact de l'orifice herniaire, surtout dans le cas de doute sur la solidité des sutures. (Un cas de nos observations).

Les meilleures aiguilles pour les sutures sont encore les aiguilles de cuturière, de forme droites ou recourbées, l'aiguille de Reverdin dilacère trop les parois intestinales.

Pour les stériliser, on commence à les enfiler à la soie n° 1 ou 2 et on les place entre des compresses.

Par mesure de précaution, on doit drainer la cavité abdominale, surtout dans les hernies compliquées de phlegmon stercoral.

La question de la cure radicale de la hernie devient secondaire, on s'inspire de l'état du malade.

LES SOINS POST-OPÉRATOIRES. — On ne constipe plus le malade, l'évacuation des gaz et matières survient presque toujours du deuxième au troisième jour.

Si l'on a pratiqué l'anastomose au bouton, on peut alimenter de bonne heure le malade, même de suite,

L'alimentation doit être précoce pour venir en aide au malade et lui permettre de résister à l'intoxication.

Le lever doit être surveillé, afin d'éviter des complications du côté du poumon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III

Publiée à la Société anatomique, mai 1910.

Due à l'obligeance du D^r Guibé).

Arrachement du mesentère d'une anse grêle étranglée par le taxis violent et prolongé. Résection intestinale. Mort.

Le 23 mars 1910, on amenait d'urgence à l'hôpital Laënnec, une femme de 57 ans, atteinte de hernie crurale étranglée.

Il s'agissait d'une vieille hernie crurale droite qui depuis la veille au soir était devenue irréductible et douloureuse en même temps qu'apparaissaient tous les signes ordinaires de l'étranglement. Mais peu désireuse d'être opérée, la malade s'était livrée sur sa hernie à des violentes manœuvres de taxis ; ne pouvant réussir à la faire rentrer, elle avait fait successivement appel pendant la nuit à trois médecins qui chacun à leur tour avaient cru devoir user leurs forces à réduire cette hernie.

De guerre lasse, la malade avait fini par se décider à se faire transporter à l'hôpital où elle entraît vers 11 heures du matin.

A son entrée, l'état général était bon. Dans la région crurale droite existait une hernie, assez volumineuse, mais irrégulière, formant non pas une tumeur unique bosselée,

mais comme une véritable grappe de tumeurs agminées, mates, élastiques et douloureuses, surtout au niveau du pédicule, qui manifestements s'engageait sous l'arcade crurale.

Etant moi-même occupé à ce moment à une intervention sérieuse, je priai mon interne distingué, M. Houzel, de vouloir bien faire le nécessaire. La malade fut donc endormie au chloroforme et une incision fut faite sur la région crurale. On mit ainsi à nu une hernie irrégulière qui fut incisée et le sac ouvert, après évacuation d'une petite quantité de liquide rougeâtre, on vit qu'il existait une petite anse intestinale herniée, et à côté d'elle passait l'épiploon qui remplissait les divers diverticules du sac dans lesquels il était adhérent.

Après avoir libéré autant que possible l'épiploon, on débrida l'anneau crural, et il fut alors possible de voir que l'anse étranglée était arrachée à son mesentère sur une longueur de 6 à 8 centimètres. Aussitôt, de façon à bien se rendre compte des choses, M. Houzel, incisa la paroi abdominale, et par cet orifice de hernio-laparotomie il put se rendre un compte exact de la situation.

L'épiploon était presque tout entier contenu dans la hernie et il adhérait à son collet ; il fut réséqué après ligature. Puis l'anse intestinale fut attirée dans la plaie. On voit alors que sur une longueur de 8 centimètres environ, le mesentère est désinséré au ras de l'intestin et fortement rétracté ; il ne saigne plus, mais il y a dans l'abdomen une certaine quantité de sang en partie coagulé et en partie liquide. L'intestin à ce niveau a son aspect sensiblement normal. Il n'y a pas de doute sur la nécessité de réséquer l'anse intestinale ainsi isolée.

Après coprostase, l'anse est sectionnée à chacune de ses extrémités. Puis une moitié de bouton de Murphy est in-

troduite dans chaque bout intestinal. Après quoi ceux-ci sont fermés par une double suture (ligature en masse de l'anse, enfouie sous une suture en bourse). Par un petit orifice fait à l'intestin au thermo-cautère, on fait saillir le cylindre central du bouton : puis les deux moitiés du bouton sont ajustées l'une à l'autre et serrées à fond. Suture de la plaie mésentérique et de la paroi abdominale avec drainage.

Les suites opératoires paraissent d'abord devoir être excellentes, mais le lendemain après midi, la malade tomba dans le collapsus et succomba pendant la nuit. L'autopsie ne révéla que de l'infection péritonéale. Du côté de l'anastomose tout était en bon état.

La pièce enlevée mesure, après conservation dans le liquide de Kayserling, une vingtaine de centimètres de long dont 8 centimètres occupés par la région étranglée. A la limite de celle-ci se voient deux sillons relativement peu marqués, un peu pâles, mais sains. L'anse étranglée elle-même est rouge brun foncé. A la coupe sa paroi présente une épaisseur de plusieurs millimètres variant, suivant les points, de deux à six, et due à l'infiltration sanguine de cette paroi.

A cette anse reste adhérente une collerette de mésentère irrégulière, déchiquetée, variant comme hauteur de 2 millimètres à 1 centimètre environ. Il est difficile de savoir exactement sur quelle longueur existait la déchirure, mais de chaque côté, au niveau des sillons d'étranglement, existe sur le mésentère une encoche allant jusqu'à l'intestin et qui semble indiquer les limites de la déchirure.

L'examen histologique, pratiqué par M. Lagane a donné les résultats suivants :

Cet examen a porté sur la partie médiane de l'anse étran-

glée. A ce niveau l'intestin présentait macroscopiquement l'aspect de l'infarctissement hémorragique.

Les parois intestinales ont une épaisseur de 3 à 4 millimètres ; leur aspect est rouge sombre avec deux minces couches plus blanches comme limites interne et externe ; leur consistance est assez ferme. Sur les coupes, après coloration à l'hématéine-éosine, au bleu polychrome ce qui prédomine est un abondant épanchement sanguin dans l'épaisseur de la sous muqueuse. Celle-ci est infiltrée et distendue par les cellules du sang et constitue un lac sanguin de 2 millimètres d'épaisseur au minimum, de 3 à 4 millimètres en certains points.

Au-dessus, la muqueuse elle-même est relativement intacte, bien que les axes des villosités et les espaces interglandulaires soient très abondamment infiltrés de globules rouges et aussi de leucocytes mono et polynucléaires. Cette diapedèse leucocytaire absente dans les autres tuniques est remarquable, mais les épithéliums eux-mêmes sont absolument intacts (ép. glandulaires ou ép. de revêtement). Leurs cellules dont beaucoup sont distendues par une gouttelette de mucus, ne présentent aucune trace de nécrose. Les follicules clos sont parsemés de placards sanguins. Au-dessus de la sous-muqueuse, dans les couches musculaires les lésions d'infiltration sanguine sont encore très marquées. Ces faisceaux musculaires sont séparés les uns des autres par de petits placards de cellules rouges. Par places, on voit des capillaires distendus et rompus qui s'ouvrent dans les petits amas de sang.

La sous-séreuse, elle aussi infiltrée de sang, bien que plus discrètement, met autour de la musculaire une ceinture de globules rouges. Nulle part on ne trouve de traces de nécrose ; nulle part non plus, il n'est possible de voir de microbes.

La lumière intestinale semble vide.

En somme, ce qui domine, c'est l'intégrité du revêtement épithélial de la muqueuse et l'extravasation sanguine de toutes les tuniques de l'intestin avec infarctissement considérable et prédominant de la sous-muqueuse.

OBSERVATION IV (Inédite, due à l'obligeance
du Dr Guibé).

Hernie crurale droite étranglée ; kélotomie ; gangrène de l'intestin ; résection ; occlusion intestinale ; anus iléal ; mort.

Mme B..., âgée de 62 ans, entre à l'hôpital Beujon, service de M. le Dr Tuffier pour une hernie crurale étranglée, le 22 avril 1911. Il est difficile de dire depuis quand la hernie crurale est étranglée ; ce n'est guère que depuis le matin qu'elle s'en est plaint et l'a montrée à son médecin, mais d'après celui-ci la hernie est étranglée depuis plus de temps.

Etat général bon ; pas de fièvre ; pouls à 80 environ, régulier.

Dans l'aîne droite une tumeur grosse comme un œuf, très douloureuse, mate. Quelques vomissements, arrêt des matières et des gaz. L'intervention s'impose ; elle est pratiquée immédiatement après l'entrée de la malade, sous anesthésie au chloroforme, une ponction rachidienne n'ayant pu être pratiquée par suite de la mauvaise volonté de la malade.

La kélotomie conduit sur une anse grêle, nettement étranglée ; après débridement, l'anse est amenée à l'extérieur ; la portion étranglée, longue de 10 centimètres environ, est flasque et noirâtre ; sous l'influence d'irrigations

chaudes, elle ne se modifie pas. La nécessité de la résection s'impose.

Résection de l'anse intestinale (20 centimètres environ); hémostase du mésentère; anastomose termino-terminale; ablation du sac et fermeture de l'anneau par deux fils.

Les suites opératoires sont d'abord bonnes, mais la malade ne rend ni selles, ni gaz, elle vomit abondamment. Pas de fièvre, ballonnement abdominal modéré; paroi flasque. Mais le poulx monte peu à peu à 120 le 26 avril.

Je ne suis rappelé qu'au bout de quatre jours: la malade est évidemment en pleine occlusion, les extrémités froides, le poulx à 120 très petit. Pensant à une imperméabilité de l'anastomose j'interviens à l'anesthésie locale. Laparotomie sur le bord externe du droit à droite; j'amène l'anastomose au dehors après être remonté peu à peu du cœcum sur l'intestin grêle. L'anastomose était perméable, car lorsqu'elle fut amenée à l'extérieur, une partie du contenu des anses sus-jacentes dilatées y passa dans le bout inférieur. Il devait donc y avoir coudure.

L'anastomose est mal étanche. A son niveau, il y a une bande de tissu blanchâtre et un petit écoulement se fait en ce point.

Résection de l'anastomose et essai d'anastomose au bouton de Jaboulay. Mais l'intestin, trop distendu, ne peut supporter le moindre point de suture. Aussi, après échec de l'anastomose, fermeture du bout inférieur et abouchement du bout supérieur à la peau.

Mais la malade ne se remonta pas et mourut le soir à 7 heures 1/2.

OBSERVATION V (Inédite. Due à l'obligeance
du Dr Guibé.)

Maison Dubois. 23 février 1911.

Femme âgée. La femme est atteinte depuis 4 jours d'occlusion intestinale quand elle entre à l'hôpital. A l'examen, l'abdomen est ballonné dans sa partie médiane, aplati dans les flancs, ballonnement peu considérable. Pas de liquide libre dans l'abdomen. Pas de gargouillement cœcal. Rien au toucher rectal ou vaginal. Arrêt absolu des matières et des gaz. Vomissement commençant à revêtir le caractère fécaloïde. Immédiatement intervention. Laparotomie à la novocaïne sur le bord externe du muscle droit à droite. Le cœcum est vide. En déroulant le grêle vide depuis sa terminaison, on arrive assez rapidement sur une anse qui se porte en bas et s'y trouve fixée.

On reconnaît assez facilement qu'il s'agit alors d'une hernie crurale droite étranglée. La réduction s'effectue presque toute seule pendant les manœuvres d'exploration ; on peut ainsi amener dans la plaie une anse grêle grosse comme un œuf de pigeon et manifestement nécrosée.

L'anse est réséquée largement en tissus sain ; à cause de l'inégalité de volume des deux bouts d'intestin dont l'inférieur est rétracté et gros comme un intestin de poulet, anastomose latéro-latérale au bouton de Murphy, les deux moitiés du bouton ayant été mises dans l'intestin avant de fermer les extrémités au niveau de la section. Guérison.

L'intestin réséqué mesurait environ 10 à 12 centimètres.

OBSERVATION VI (Inédite, due à l'obligeance de
M. le Dr Guibé).

Necker, 9 mai 1911.

Femme âgée ? Hernie crurale gauche étranglée datant de trois jours environ. Intervention. Anesthésie locale.

La hernie est incisée et l'anneau débridé. On constate une anse des plus douteuses comme vitalité avec deux sillons de constriction blanchâtres et nettement nécrosés.

Après ligature du mésentère, résection de l'anse malade (15 centimètre environ). Une moitié de bouton de Murphy est alors jetée dans chacun des deux bouts de l'intestin, puis ceux-ci fermés par une ligature et elle-même enfouie ; ouverture de l'intestin au niveau des boutons au thermocautère. Malheureusement au moment d'ajuster les deux moitiés du bouton qui était de trop petit volume, une partie se trouve expulsée en agrandissant l'orifice.

J'enlève alors l'autre moitié et je pratique une entérorraphie latéro-latérale.

Mort au bout de 48 heures de septicémie péritonéale.

OBSERVATION VII (Inédite, due à l'obligeance de
M. le Dr Guibé).

Le 11 juin 1910, je suis appelé d'urgence à l'hôpital Broussais pour un malade atteint d'une hernie étranglée. Il s'agit d'un homme de 60 ans environ, cirrhotique, qui présente depuis 4 jours une hernie crurale gauche grosse comme le poing, étranglée.

Les phénomènes généraux de l'étranglement ne sont pas très marqués. Opération immédiate. Après ouverture du

sac, je tombe sur une anse longue de 15 cm. environ, manifestement gangrénée. Après large débridement de l'anneau, résection de l'anse et anastomose bout à bout.

Mort dans la soirée.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Guibé

Lariboisière, 17 octobre 1911.

Femme âgée ? Hernie inguinale droite volumineuse étranglée depuis plusieurs jours. Bon état général. Intervention. Anesthésie générale qui est supprimée à partir du moment où la résection s'impose. Kélotomie et débridement. On trouve dans le sac une longue anse intestinale qui présente des signes non douteux de nécrose. Aussi, me décidai-je à la réséquer. Ligature du mésentère et ablation de l'anse malade. Fermeture des deux extrémités de l'intestin par un plan de suture. Anastomose latéro-latérale aux sutures. Guérison. L'anse réséquée après rétraction mesurait 50 centimètres.

OBSERVATION IX (Inédite)

Due à l'obligeance du Dr Guibé

Lariboisière, 31 décembre 1911.

Femme très âgée, cachectique, avec signes très marqués de sénilité (tremblement des membres et de la mâchoire), très mauvais état général.

Hernie crurale droite étranglée depuis plusieurs jours. Anesthésie locale. Incision du sac qui met à nu une anse sphacélée. Résection de la plus grande partie du sac, lui-même recouvert de fausses membranes. Débridement.

L'anse est réséquée et la continuité de l'intestin rétablie à l'aide d'une anastomose latéro-latérale. Cette anastomose dut être faite aux sutures par suite d'absence du bouton de Murphy ; en outre, il fallut employer, *faute de mieux*, une aiguille de Reverdin à suture intestinale qui accrochait à chaque point et de la soie numéros 1 et 2.

Réduction rendue difficile par l'indocilité de la malade et avec plaie incomplète d'une anse produite par les ciseaux en agrandissant le débridement. La plaie est réparée sur le champ.

L'intestin réséqué mesurait 12 centimètres environ.

OBSERVATION X (Inédite, due à l'obligeance du Dr Mathieu, chef de clinique de M. le professeur Quénu.

Jeune homme de 25 ans, étudiant à l'Ecole dentaire, entre à l'hôpital Cochin, le dimanche matin 7 mai 1911, pour une hernie inguinale droite étranglée depuis la veille 9 h. du soir.

Il s'agit d'un jeune homme bien portant, présentant du côté des hernies une hydrocèle. Il porte un suspensoir depuis l'âge de cinq ans et dit n'avoir jamais eu de hernie.

Le 6 mai, vers 9 heures du soir, après dîner, il est pris d'une douleur brusque, en marchant, dans la région inguinale droite et une grosseur apparaît à ce niveau.

Il rentre chez lui et fait appeler un médecin qui lui ordonne de la glace sur le ventre et une potion à la morphine.

Le dimanche, il se fait transporter à l'hôpital dans le service de M. Vidal.

M. Weil, à la contre-visite, trouve le malade dans un

état critique ; agitation, état nauséux, vomissements répétés. Vers 7 heures du soir, il demande à M. Mathieu d'examiner le malade.

A l'examen physique, M. Mathieu trouve le malade pâle, ayant un aspect tuberculeux, état nauséux, vomissant souvent, ventre souple. La région inguinale droite présente une tuméfaction de la grosseur des deux poings, rougeâtre et de forme ovale ; le testicule siège au point culminant, en forme de brioche.

Les parties molles présentent une couleur rougeâtre, luisante, à consistance œdémateuse.

Au palper, on provoque une douleur siégeant vers le collet. A la percussion, on trouve de la matité.

Il pose le diagnostic de hernie étranglée depuis 36 heures, à début brusque ; l'âge du malade, la situation du testicule, imposent pour une hernie congénitale.

Il décide l'opération pour 8 heures du soir.

Il pratique l'incision habituelle et trouve le collet serré et le débride en sectionnant les fibres arciformes.

A l'ouverture du sac, s'écoule peu de liquide sanguinolent d'odeur âcre intestinale.

Il trouve dans le sac, un peu d'épiploon, altéré, poisseux et une anse longue de 35 centimètres, noirâtre, poisseuse, friable.

L'intestin ne revient pas sous les compresses chaudes. C'est un intestin qui n'est pas sain, pas franchement gangréné, feuille morte, mais plutôt d'aspect douteux. Il décide la résection.

Il commence par débrider l'agent d'étranglement, attire l'épiploon et le résèque, puis attire au dehors l'anse malade et de l'intestin sain de chaque côté de cette anse suspecte ; mais, d'un côté, il arrive facilement à attirer l'intestin sain, de l'autre côté, très difficilement.

L'anse malade siégeait vers la terminaison du grêle.

Il résèque à dix centimètres en amont de la zone d'étranglement et à 3 centimètres en aval.

Il ferme les deux bouts de l'intestin, assure l'hémostase de mésentère et pratique une anastomose latéro-latérale.

Cure radicale rapide.

Les suites opératoires furent simples. Le malade était peu choqué et conservait sa paleur habituelle. La température et le pouls s'élevaient peu.

Il sort guéri, le 2 juin 1911.

CONCLUSIONS

1) L'anesthésie locale est presque toujours suffisante comme analgésique dans le traitement des hernies étranglées, surtout lorsqu'elles sont gangrenées.

2) L'entérectomie, suivie d'entérorraphie primitive, nous semble préférable à l'anus contre nature.

3) L'emploi du bouton, comme moyen d'union des deux bouts de l'intestin, trouve son indication dans le cas d'urgence, où il faut aller vite tout en créant une anastomose solide.

4) L'entérorraphie circulaire n'est pas la meilleure méthode d'union, mais ceux qui en ont l'habitude peuvent l'employer.

5) Si l'on emploie le bouton, l'évacuation du contenu intestinal n'est pas nécessaire, mais dans l'entérorraphie immédiate, il serait prudent de vider l'intestin pour assurer la solidité des sutures.

6) Les différentes méthodes de réunion des bouts de l'intestin sont loin de s'exclure, elles peuvent être remplacées l'une par l'autre, c'est question d'expérience personnelle.

7) L'alimentation précoce, le lever surveillé, l'absence de constipation sont des précautions recommandables.

Vu : Président de thèse, et

QUÉNU.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Contribution à l'étude de la hernie étranglée.
Province médicale, 20 avril 1895, p. 184.

BÉRARD. — Pincement latéral à symptômes latents-Phlegmon chronique de la région inguinale d'origine intestinale. Fistule pyo-stercorale. Cure radicale par résection de l'intestin. Guérison.
Bulletins de la Société de chirurgie de Lyon. 21 novembre. 1901, page 22.

BERGER. — Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. Tome VI.
Deuxième édition, p. 185.

BERKOFsky. — Résultats du traitement de l'étranglement interne avec gangrène. Réunion libre des chirurgiens de Berlin. 14 juin 1909. in *Deutsche. Med. Wochenschrift*. t. XXV; n° 46, 2033.

BESSON. — Double étranglement interne dans une hernie inguinale congenitale. Gangrène partielle de l'anse avec perforation. Anus contre nature. Sept semai-

nes après, résection de l'anūs artificiel, enterectomie et enterographie circulaire. Guérison.

Journal des sciences médicales de Lille, 9 juin 1906.

BOUILLY et ASSAKY. — Résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies gangrénées et de l'anūs c. n. *Revue de chirurgie*, 1883. p. 388.

BLAIN. — Résultats immédiats et éloignés du bouton de Murphy dans le traitement de la gangrène herniaire. Thèse Lyon 1900.

BOUSQUET. — Hernie étranglée ayant nécessité l'établissement d'un anus artificiel. Cure radicale de cet anus. Guérison. *Province médicale*, 20 mars 1906.

BRAMANN. — De la résection de l'intestin dans la hernie gangrénée. XXVII^e congrès allemand de chirurgie. *Revue de chirurgie*, 10 janvier 1899, p. 106.

BRIN. — De la résection intestinale de la gangrène herniaire. *Archives médicales d'Angers*, 24 juillet 1907.

BUSCH. — Elimination spontanée de 50 centimètres d'une anse intestinale sphacelée. Société libre des chirurgiens de Berlin. 11 janvier 1909. *In Revue de chirurgie*. 10 juin 1909, p. 1245.

CARLE. — Hernie inguinale, sphacèle du cœcum, corps étranger. Guérison. *Société médicale de Lyon*, 1898. *Archives générales de médecine*. Février 1890, p. 164.

CHAPUT. — Rapport. *Société de chirurgie de Paris*, 14 mars 1894.

- CHAPUT. — Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy. *Société de chirurgie de Paris*, 14 novembre 1894.
- CHAPUT. — Valeur du bouton de Murphy. *Société de chirurgie de Paris*, 14 juin 1895.
- CHAPUT. — Nouveau procédé de sutures intestinales au moyen des agrafes Michel. *Société de chirurgie de Paris*, 17 juillet 1901.
- CODET BOISSE. — Hernie inguinale étranglée. Sphacèle intestinal étendu. Entérectomie et entero-anastomose immédiate. Guérison. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 mai 1906.
- COLLE. — Résection de 7 centimètres d'intestin au cours d'une opération de hernie gangrénée. *Bulletin de la Société de médecine du département du Nord*, 23 mars 1906. Page 178.
- COLLE. — Déchirure et désinsertion du mesentère, dans une hernie inguinale étranglée. Résection. Guérison. *Presse médicale*, 1896, p. 515.
- DEHELLY. — Résection de l'intestin grêle dans la gangrène herniaire. Thèse de Paris, 1910.
- DELORE et THIÉVENET. — Résections intestinales dans la hernie étranglée. *Revue de chirurgie*, 10 juin 1909, p. 1153.
- DEROCQUE. — De la réunion de l'intestin par la méthode des sutures après entérectomie. *Presse médicale*, 6 octobre 1897, p. 20.

DUBOIS. — Contribution à l'étude de la résection de l'intestin suivie de la réunion dans le cas de hernie étranglée. Thèse de Paris, 1908.

DUPLAY. — Sur un nouveau procédé de suture de l'intestin à l'aide du bouton anastomotique. Congrès français de chirurgie, 1893, p. 221.

DUPAZ. — Hernie inguinale étranglée. Herniotomie. Rupture de l'intestin. Résection intestinale de 15 cent; cure radicale de la hernie deux jours plus tard. Delirium trémens. Guérison. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 janvier 1909, p. 36.

FOHANNO. — Traitement de la gangrène herniaire par résection intestinale suivie d'entéro-anastomose latéro-latérale. Thèse, Paris, 1907.

FROUIN et POZERSKI. — Communication de la Société de biologie sur l'anastomose latéro-latérale sur les chiens. *Presse médicale*. 24 janvier 1906.

GÉRAUD. — Complications de l'anus contre nature. Thèse de Paris, 1902.

GOUILLOUD. — Rétrécissement de l'intestin consécutif à un étranglement herniaire. *Société de Chirurgie de Lyon*. 6 juillet 1899, p. 327.

GRUGET. — Traitement de l'étranglement herniaire. *Journal des Praticiens*, 23 novembre 1907.

GUIBÉ. — *Société anatomique*, 1910, p. 487.

GORDE. — Du bouton de Murphy dans la gangrène herniaire. Thèse de Montpellier, 1896.

- HESSE. — L'entéro-anastomose supra-herniaire sans débriement dans certaines hernies gangrenées. *Semaine médicale*, 14 sept. 1910, p. 444.
- HUBERT. — Traitement de la gangrène herniaire. Thèse de Lyon, 1909.
- JABOULAY. — La gangrène intestinale dans les hernies gangrenées peut guérir. *Lyon médical*, 1900, p. 103.
- JABOULAY. — Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet, p. 551, tome VII.
- JAFFÉ. — De la résection dans les hernies gangrenées. *Revue de chirurgie*, 1883, p. 911.
- JENNET. — Du traitement de la gangrène herniaire par entérectomie et l'application du bouton de Murphy-Villard. Thèse de Lyon, 1899.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, V^e édition.
- LEMAIRE. — Hernie crurale réduite en masse. Laparatomie, résection intestinale. Entérorraphie. Guérison. *Journal des praticiens*, 1906, p. 55.
- MARTINET. — Hernies gangrenées. Résection. Sutures. Guérison. *Société de Chirurgie de Paris*, 1889, p. 151.
- MAIRE. — Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée. Thèse de Lyon, 1895.
- MONTPROFIT, Angers. — Résection de 3 mètres 10 centim. de l'intestin dans une crise radicale de hernie volumineuse. Congrès français de chirurgie, 1899.

MORESTIN. — Hernie crurale étranglée. Taxis. Perforation intestinale. Péritonite généralisée. Suture intestinale. Guérison. *Société de Chirurgie de Paris*, 18 janvier 1902.

NEWBOLT. — Quelques cas de résection intestinale. 77^e Congrès de l'Assistance médicale britannique. Belfast, 27-30 juillet 1909. *British medical journal*, n° 2-2544, p. 943.

NICAISE. — De l'étranglement de la hernie crurale par le collet du sac et par l'anneau. *Revue de Chirurgie*, 1889, p. 983.

PLA. — De l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy modifié par Villard dans la hernie gangrenée. Thèse de Lyon, 1895.

PAUCHET, d'Amiens. — Conduite à tenir dans le traitement des hernies crurales et inguinales étranglées vis-à-vis d'une anse suspecte et gangrenée. *La Clinique*, 1906, n° 1, p. 5.

RÉSILLOT. — De la résection intestinale des hernies étranglées. Thèse de Lyon, 1909.

ROCHARD. — Les Hernies. Paris.

VALLAS. — Sténose consécutive à un étranglement herniaire, entérectomie ; guérison. Société de Chirurgie de Lyon, 19 février 1903.

VIDAL (de Périgueux). — Huit cas de résection étendue de l'intestin pour sphacèle herniaire. *Archives provinciales de chirurgie*, septemb. 1901.

VILLARD. — Traitement des gangrènes herniaires par l'entérectomie et le bouton anastomotique. Quatre cas de guérison. Congrès français de chirurgie, 23 octobre, 1895, p. 460.

VILLARD. — Etranglement herniaire, Phlegmon secondaire à une perforation intestinale, entérectomie et enterorrhaphie latérale. Guérison. *Société de Chirurgie de Lyon*, 19 février 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Historique	11
CHAPITRE II. — Anus contre nature.....	19
CHAPITRE III.— L'emploi du bouton de Murphy	27
CHAPITRE IV. — Choix de différents modes d'union des bouts de l'intestin après la résection.....	33
CHAPITRE V. — Manuel opératoire	41
OBSERVATIONS.....	55
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69



de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI.)
IMPRIMERIE SPÉCIALE



100